

Editorial

Enfoque social del bajo peso al nacer

Se observa en las últimas décadas, un interés creciente por considerar el bajo peso al nacer con una perspectiva más integradora de los elementos biológicos y psicosociales.¹

Lo biológico y lo social, constituyen una unidad dialéctica que no debe ser desconocida a fin de evitar limitaciones en el desarrollo de intervenciones efectivas que logren un impacto positivo en su comportamiento.²

Es importante destacar, que los factores psicosociales de riesgo tienen especificidades debidas a la génesis de los fenómenos que expresan y obligan a un tratamiento distinto del que se da a los factores biológicos; aún cuando en determinados casos estos factores no sean modificables mediante intervenciones sencillas; sino que requieran acciones más complejas, cuyos resultados quizás no se obtengan en plazos inmediatos.^{2,3}

La complejidad de elementos y relaciones que conforman una sociedad son elementos básicos a considerar.²⁻⁷

La base económica sobre la cual se estructuran las relaciones sociales no puede ser desconocida y en el mundo actual no puede hablarse de economía sin hacer referencia a la globalización. Una de sus consecuencias ha sido el crecimiento de las inequidades en un mundo en que el ingreso de las 358 personas más ricas iguala el ingreso combinado de los 2,3 billones de personas más pobres (45 % de la población mundial).^{4,6}

Las cantidades de alimentos existentes en el mundo se calcula que deben ser suficientes para seis mil millones de personas o más, ahora y en el futuro; no obstante, en la actualidad hay unos 841 millones de personas, casi la sexta parte de la población mundial, que están crónicamente malnutridas, una gran proporción son mujeres.^{4,8}

Así, en los países en desarrollo, la carencia de hierro en las mujeres de entre 15 y 44 a de edad figura en tercer lugar entre las principales causas de enfermedad y con una proporción superior a la correspondiente a la guerra, el 4 % del total de enfermedades.⁹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calculado que en promedio, las mujeres embarazadas necesitan al menos 2 500 calorías x día. En el mundo en desarrollo, sólo entre el 20 y 40 % de todas las mujeres en edad de procrear reciben diariamente alimentos que les aporten 2 200 calorías o más. El crecimiento intrauterino retardado se ha relacionado con la desnutrición materna, los factores ambientales y sociales y con los distintos factores socioeconómicos.^{4,10,11}

El parto pretérmino se ha relacionado con la edad muy joven de la madre, la sucesión rápida de los embarazos y con distintas enfermedades crónicas o asociadas a la gestación.^{12,13}

Cuba, país pobre, logra una mejoría progresiva y sostenida del indicador por la decisión política de que así sea, se destinan por el Estado los recursos necesarios a fin de alcanzarla.^{11,14,15}

Con la desaparición del campo socialista y el recrudecimiento del bloqueo se compromete nuestra economía observándose un ligero incremento en el número de nacimientos con peso inferior a 2 500 g.¹⁵

Se decide, entonces, reformular la estrategia de apoyo nutricional a la embarazada. Se abrieron nuevos hogares maternos, se ampliaron capacidades en los ya existentes y se crearon las plazas diurnas para mejorar la alimentación de las gestantes identificadas con riesgo para el bajo peso al nacer, entre otras acciones, así se logró no solo revertir el ascenso sino llegar a índices más bajos que los alcanzados antes del período especial.^{15,16}

Las dificultades para el acceso a la educación en los países llamados en desarrollo y entre los segmentos de población de menos recursos de los industrializados, es una de las inequidades que arrastra el mundo y que se profundiza con la globalización, que incrementa la desventaja y aumenta la brecha entre los poseedores de recursos y los desposeídos. Para las mujeres pobres de todo el planeta, se añade la discriminación a las cuales están sometidas desde su nacimiento por el solo hecho de serlo.^{5,8,17}

Una mujer educada está en mejores condiciones para decidir sobre el número de hijos a tener y el mejor momento para hacerlo, lo que implica la utilización de métodos anticonceptivos adecuados que le permitan disfrutar a plenitud de su sexualidad, sin el temor de un embarazo no deseado, logrando con el espaciamiento de los nacimientos la recuperación de su organismo y contribuir a la prevención del bajo peso de su producto.¹⁸

A la malnutrición y la falta de educación, hay que añadirle otro elemento, que es expresión de la inequidad de la cual es víctima la mujer y que repercute de manera importante en su salud reproductiva y por tanto en el producto de la concepción. Este elemento es el trabajo.^{13,18,19}

Las mujeres trabajan más horas que los hombres: en Asia y África, un promedio de 13 h más por semana. En Uganda, el doble de tiempo, 50 h semanales. En Filipinas, trabajan 66 h y los hombres 41; en Indonesia, 78 h en comparación con 61 h los hombres. A pesar de ello, las mujeres reciben en muchos países remuneraciones inferiores a los hombres en los mismos puestos de trabajo y aunque posean igual calificación, disminuyendo aun más sus posibilidades de acceder a alimentos de mayor calidad.^{5,8,12,18}

En Cuba, mujeres y hombres tienen iguales derechos y oportunidades a salud, educación y empleo.^{10,16,20}

Todos los factores de riesgo para el bajo peso al nacer que se han comentado hasta este punto están inmersos en un ambiente común, que es la pobreza, independientemente de regiones o países.^{13,18}

La condición de madre soltera, o sin apoyo del cónyuge, así como la pertenencia a familias disfuncionales, las crisis familiares por desorganización, las familias ampliadas, las parejas no estables están dentro de estos factores de riesgo.^{4,13,18}

Nuestra sociedad no está exenta de estos problemas, pero el desarrollo de una cultura de solidaridad en nuestra población y la existencia de la asistencia social sumadas a la independencia económica de la mujer, la emancipación, a su igualdad de derechos y de leyes de protección a la infancia que obligan al padre a participar con iguales obligaciones de la manutención y cuidados de los hijos e hijas ofrecen un panorama diferente con mayor respaldo legal y social, que permite al menos atenuar los efectos nocivos de estas condiciones.^{10,16,20}

Las mujeres que ya han llegado a la etapa reproductiva de la vida son evaluadas a fin de identificar y controlar posibles riesgos de bajo peso al nacer.^{10,16,20}

En la malnutrición primaria, la conducta sexual, la conducta reproductiva, el uso del aborto como método para regular la fecundidad y, hasta en la forma de familia monoparental, con la mujer como jefa, pueden observarse las huellas de lo aprendido en la familia a la cual se pertenece.^{7,8,18,21-23}

*El Sistema Nacional de Salud de Cuba ha interpretado sabiamente la importancia de la familia y su interacción permanente con la comunidad. La estructura y funciones del Subsistema de Atención Primaria establecido así lo demuestra.*²⁰

Las estructuras económico-sociales de los países y las prioridades que los gobiernos otorgan al progreso social determinan que la reducción del bajo peso al nacer sea o no un problema social.^{18,22,23} *La familia desempeña un papel muy importante en las causas y la prevención de este.*^{18,20,22-24}

Dra. Miriam Aliño Santiago
Especialista de II Grado en Pediatría. Profesora del ISCM de La Habana.
Directora Nacional Materno-Infantil. MINSAP
Dr. Luis R. Urrea Cobas
Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Dirección Materno-Infantil MINSAP.
Dr. Roberto Álvarez Fumero
Especialista de I Grado en Pediatría. Dirección Materno-Infantil MINSAP.

Referencias bibliográficas

1. UNICEF. El Progreso de las Naciones "Bajo peso al nacer: 1 de cada 5", 1997.
2. Rose, G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas En: El desafío de la Epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas. Washington, DC. 1988:900-9.
3. Kramer, MS. Determinants of low birth weight. Methodological assessment and meta-analysis. Boll Word Health Organ 1987. 65:663-734.
4. FNUAP. Alimentos para el futuro: la mujer, la población y la seguridad alimentaria, 1997. Folleto.
5. FNUAP. Población y desarrollo sostenible: Cinco años después de Río. 1998. Folleto.
6. FNUAP. Estado de la población mundial. 1997.

7. UNICEF. Informe Anual, 1996.
8. Hsieh, Lori. 1993. "Violence Against Women: The Missing Agenda". En *The Health of Women: A Global Perspective*, pág. 171, editado por Marge Koblinsky, Judith Timyan y Jill Gray. 1993. Boulder Colorado: Westview Press.
9. OPS. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Publicación Científica No. 554, Washington DC. 1995.
10. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Materno Infantil, 1989.
11. Ministerio de Salud Pública. Programa para la Reducción del Bajo Peso al Nacer. Editorial Ciencias Médicas, 1998.
12. Díaz M, Spichehandler J. Foro Latinoamericano: La Incorporación del Enfoque de Género en la Capacitación, Implementación, Investigación y Evaluación en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva. International Center for Research on Women, Washington DC, 1998.
13. OPS. Plan de Acción de Desarrollo y Salud de Adolescentes y Jóvenes en las Américas 1998 - 2001, noviembre 1998.
14. Ruiz Gamio X. Sociedad, cultura y género. *Sexología y sociedad*. 4(9), abril-julio, 1998.
15. Ministerio de Salud Pública. DNE. Anuario Estadístico. 1999.
16. Ministerio de Salud Pública. Carpeta metodológica. 1996.
17. República de Colombia y República Federal Alemana. Proyecto Proequidad. Manual de Capacitación. Herramientas para construir equidad entre mujeres y hombres, 1995.
18. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. Educación, 1999.
19. UNICEF, 1997 en *La Salud de las Américas*, OPS 1998. Vol. I.
20. Ministerio de Salud Pública. Programa de Trabajo del Médico y Enfermera de la Familia. 1993.
21. Ministerio de Salud Pública. Manual de Diagnóstico y Tratamiento en Obstetricia y Perinatología. Editorial Ciencias Médicas, 1997:406.
22. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. Trabajo Infantil, 1997.
23. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. Nutrición, 1998.
24. UNICEF/OMS/UNESCO/FNUAP. Para la Vida. Un reto de comunicación. Segunda edición revisada, 1993.